



TITLE:

学会抄録 第195回日本泌尿器科学  
会関西地方会(2006年6月17日(土),  
於 大阪市立大学)

AUTHOR(S):

---

CITATION:

学会抄録 第195回日本泌尿器科学会関西地方会(2006年6月17日(土), 於  
大阪市立大学). 泌尿器科紀要 2007, 53(10): 737-742

ISSUE DATE:

2007-10

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/71496>

RIGHT:

## 学会抄録

### 第195回日本泌尿器科学会関西地方会

(2006年6月17日(土), 於 大阪市立大学)

**副腎神経節細胞腫の1例**：松下 経, 曾我英雄, 山中邦人, 下垣博義, 川端 岳 (関西労災) 35歳, 男性. 他院にて尿路結石で治療中, CT, MRI にて右副腎腫瘍を指摘され2005年9月当科紹介受診. 内分泌学的検査ではアドレナリン, ノルアドレナリンの軽度の上昇を認めた. 腹部造影CT では右副腎に境界明瞭な腫瘍を認め内部は低吸収値をしめし, わずかに造影効果を認めた. MRI では T1 強調像では辺縁整, 内部均一な低信号, T2 強調像では内部不均一な高信号域として描出された. 内分泌非活性右副腎腺腫と診断し経過観察を行った. 4ヵ月後のCT にて腫瘍の増大を認めたため2006年2月, 腹腔鏡下右副腎摘除術を施行した. 手術時間は1時間48分, 出血は少量, 切除重量は55gであった. 病理診断は神経節細胞腫であった. 術後アドレナリン, ノルアドレナリンは正常化した.

**後腹膜腔に発生した脱分化型脂肪肉腫の1例**：児玉芳季, 西川徹, 土居 淳 (市立泉佐野) 64歳, 男性. 2005年7月から全身倦怠感出現. 8月に入り食欲不振, 体重減少も出現し同年9月9日当科受診. CT, MRI にて右腎周囲に15cm大の腫瘍性病変を認め, 画像診断により後腹膜脂肪肉腫と診断. 9月28日後腹膜腫瘍, 右腎合併切除術を施行. 摘除重量は2,500g. 病理診断の結果はdedifferentiated liposarcoma, grade 3であった. 術後右後腹膜腔に計50Gyの放射線療法を追加した. 脱分化型脂肪肉腫は脂肪肉腫全体の5%以下と稀で, 予後不良とされている.

**後腹膜脂肪肉腫の1例**：横溝 智, 横山昌平, 任 幹夫, 小角幸人 (近畿中央) 57歳, 男性. 右側腹部痛で近医より当院内科紹介. 腹部超音波にて右腎と肝臓の間に占拠病変あり, CT にて右腎上部に出血を伴う15cm大の腫瘍を認めたため当科紹介. 腎血管脂肪腫自然破裂疑いで精査加療目的に入院. MRI の結果からは後腹膜脂肪肉腫が強く疑われ腫瘍および右腎を一塊に切除した. 病理組織は高分化型で硬化型の脂肪肉腫がほとんどで一部には脱分化型脂肪肉腫も認められた. 術後経過良好で術後半年経過した現在まで再発を認めていない. 一般的に後腹膜脂肪肉腫の局所再発率は30~80%と高値で, 5年生存率は高分化型・粘液型が70~80%と比較的良好であるが, 多形型は18%, 脱分化型も20%以下と予後不良である. 本症例も脱分化型を含んでおり, 再発の可能性が高いと思われるため今後の注意深い経過観察が必要である.

**腎周囲脂肪肉腫の2例**：瀧本啓太 (日野記念), 岩城秀出洙, 影山進, 牛田 博, 成田充弘, 吉貴達寛, 岡田裕作 (滋賀医大) 症例1は69歳, 男性. 一過性脳虚血発作の既往で内科定期受診時, 右側腹部~下腹部に腫瘍を触知. CT, MRI にて後腹膜脂肪肉腫と診断. 右腎合併腫瘍摘除術を施行. 腫瘍と周囲組織との剥離は比較的容易で腎および副腎と腫瘍を一塊にして摘除. 腫瘍は腎周囲全周性に腎を包むように存在し, 正常な脂肪被膜はみられなかった. 病理組織診断は高分化型脂肪肉腫で肉眼所見から腎周囲脂肪被膜から発生したと考えた. 術後6ヵ月を経過し再発転移を認めず. 症例2は80歳, 男性. S状結腸癌術前精査中に左後腹膜脂肪肉腫を発見. 左腎合併腫瘍摘除術を施行. 症例1と同様に腫瘍は腎周囲全周性に存在した. 病理組織診断は高分化型脂肪肉腫でわずかに腎実質への浸潤を認めた. 肉眼所見から腎周囲脂肪肉腫と考えた. 術後5ヵ月を経過し再発転移を認めず.

**治療に難渋した Extradrenal malignant paraganglioma の1例**：山崎健史, 上川禎則, 井口太郎, 浅井利大, 石井啓一, 金 卓, 坂本亘, 杉本俊門 (大阪市総合) 45歳, 男性. 2005年5月左側腹部痛, 左陰嚢の腫大を主訴に当院内科受診. CT にて左後腹膜に長径10cmを超える内部不均一な腫瘍および左精索静脈瘤を認め, 当科紹介. 入院後精査にて多発性骨転移, 傍大動脈リンパ節腫大も認めた. 同年7月後腹膜腫瘍摘出術施行し, 腫瘍は可及的に摘出した. 組織診断はextradrenal malignant paragangliomaであった. 頸部, 胸椎の骨転移巣に対しては術前後にRTを施行. さらに残存リンパ節転移に対して

術後CVD療法施行. 合計7コース施行し血中カテコラミンの低下, 傍大動脈リンパ節の縮小認めた. しかし2006年1月のPETでは骨転移, リンパ節転移に集積認めたためTCG療法2コースを追加. さらに維持化学療法としてゲムシタビン投与している. 現在新たな転移の出現, 血中カテコラミンの上昇認めることなく外来経過観察中である.

**頸部に同時発生した後腹膜 Myositis ossificans (骨化性筋炎) の1例**：仁田有次郎, 細野智子, 呉 偉俊, 田中智章, 杉村一誠, 仲谷達也 (大阪市大) 症例は56歳, 男性. 1999年より頸部腫瘍を自覚し, 次第に増大していたが症状なく放置していた. 2004年糖尿病精査中に, 頸部CTにて9cm大の微細石灰化を伴う腫瘍を指摘. さらに腹部CTにて左後腹膜, 腎門部周囲に14cm大の同様の腫瘍を検出した. 頸部腫瘍と同時摘出したところ, 病理診断はmyositis ossificansだった. 術後18ヵ月現在局所再発は認めていない. Myositis ossificansは反応性の限局性腫瘍状の骨形成性病変であり, 多くは外傷後に発生し, 線維芽細胞の増生に引き続いておこるとされている. 本症例は外傷の既往がなく, 術前検索にて特発性血小板減少性紫斑病と診断されており, 血腫形成がその発生要因として考えられた.

**左腎癌術後6年目に偶発的に発見された甲状腺転移の1例**：清水信貴, 松本成史, 田中基幹, 石井徳味, 植村天受 (近畿大) 68歳, 女性. 1999年(62歳)に左腎癌の診断で根治的左腎摘除術施行. RCC, alveolar type, clear cell subtype, G2, INF $\beta$ , pT2N0M0であった. 糖尿病で内科通院中に甲状腺の腫大を指摘され, 頸部超音波, 単純CTで甲状腺左葉に4.9×2.7×5.5cmの腫瘍性病変を認めた. <sup>201</sup>Tlシンチでは, 左葉外側に異常集積を認めた. 穿刺吸引細胞診ではclass III, 甲状腺悪性腫瘍疑いで2006年2月16日に甲状腺左葉摘出術を行った. 甲状腺内に多発する腫瘍を認め, 淡明な胞体と異型な小型濃染核を有する異型細胞を認めた. TTF(-), サイログロブリン(-)で甲状腺以外由来であり腎癌の甲状腺転移と診断した. 他転移部位はなく追加治療なしで経過観察をしている.

**感染性嚢胞性腎癌の1例**：森 基, 谷 満, 熊本廣実, 上甲政徳, 林 美樹 (多根総合), 藤本清秀, 平尾佳彦 (奈良県立医大) 72歳, 男性. 2001年に当科でCT, MRIにて左多房性腎嚢胞と診断するも以後他院にて経過観察. 2006年1月2日発熱あり当院受診. 入院時, CRP 20.58 mg/dl, WBC 16,300/ $\mu$ lと炎症反応を認めた. 尿一般細菌培養で大腸菌を検出. ダイナミックCT, MRIにて左腎に隔壁が軽度不整, 壁に軽度造影効果を認める多房性嚢胞性病変を認めた. 抗生剤投与し, 炎症反応は改善したがCTにて腫瘍は増大傾向を示し, 感染性嚢胞性腎癌と診断し, 根治的左腎摘除術を行った. 腎は炎症性に周囲組織と強固に癒着し, 嚢胞の内容液は膿性であった. 病理組織所見は, Cystic renal cell carcinoma, G2, pT1aであった. 本症例はBosniak分類Category IIIと考えられ, 嚢胞性病変の鑑別には慎重な長期間のfollow upが必要と考えられた.

**皮下腫瘍を契機発見された腎細胞癌の1例**：氏家 剛, 植村元秀, 吉田栄宏, 西村健作, 三好 進 (大阪労災), 川野 潔 (同臨床病理), 菅野展史 (菅野クリニック) 78歳, 男性. 2003年7月, 頸部および胸壁腫瘍を自覚した. 当院内科で上部・下部消化管精査を施行するも, 悪性所見を認めなかった. 当院外科にて施行した皮膚腫瘍生検で, 病理学的に転移性腫瘍であると診断され, 原発巣精査のために当科を受診した. 腹部造影CTにて右腎細胞癌と診断し, 各種画像検査にて皮膚以外には悪性所見を認めず. T1aN0M1と診断し, 後腹膜鏡下右腎摘除術を施行した. 術2週間後に皮膚腫瘍切除術を追加した. 術後インターフェロン治療を勧めたが, 本人が希望されなかった. その後, 右腋下の皮膚組織および鼻腔内に転移を認めたが, いづれも切除術を施行し, 右腎摘除術後約2年経過した2006年6月現在, 外来にて経過観察している.

**腎 Inflammatory pseudotumor の 1 例：**徳川茂樹，吉岡 巖，岸川英史，西村憲二，市川靖二（兵庫県立西宮） 67歳，女性．糖尿病にて内科で加療中，腹部超音波検査にて右腎に腫瘤陰影指摘され泌尿器科紹介．CT および MRI にて 1.3 cm の腫瘤認め，右腎細胞癌を疑い全身麻酔下に腎部分切除術施行．腫瘤は約 1 cm の充実性腫瘍で被膜は認めなかった．病理組織学診断は腎 inflammatory pseudotumor であった．術後，再発を認めていない．Inflammatory pseudotumor は，肺や肝での報告が多く，尿路特に腎に発生するのは非常に稀で，本症例は報告を見る限り本邦では12例目となる．画像診断上，乏血管性腎細胞癌との鑑別が困難であり，腎細胞癌の診断の元に腎摘除術を施行されていることが多い．本症例では，腫瘍の部位，大きさから腎部分切除を行い臓器温存をすることができた．

**左腎梗塞の 1 例：**原口貴裕，山崎隆文，武市佳純（県立淡路） 症例は69歳，男性．左下腹部痛を主訴に近医を受診．結腸憩室炎疑いにて入院加療するも鎮痛不可能であり，翌日当院救急外来に紹介された．腹部超音波検査・腹部単純 CT で異常を認めず，軽程度ではあるが血尿および蛋白尿を認めたため当科に紹介された．IVP では異常を認めず尿路疾患は否定的と考えたが，腹部造影 CT にて左腎梗塞と判明．同日血管造影施行し，ウロキナーゼ36万単位を左腎動脈内に，12万単位を静脈内に投与．さらにヘパリンナトリウム 1 万単位/日を持続静脈内投与した．ウロキナーゼは漸減しつつ 4 日間投与し，ヘパリンナトリウムは塩酸チクロピジン内服へ移行し，14病日に退院した．退院後右前腕腕側皮静脈に血栓形成し，ワーファリン内服に変更．以後血栓症の再発を認めず，左分腎機能は比較的良好に保たれており，高血圧の合併も認めていない．

**結石の自排を契機に発見された腎動静脈瘻の 1 例：**岩村浩志，寒野徹，山本雅一，金丸洋史（北野） 36歳，男性．主訴は血尿既往歴は，尿管結石，副甲状腺機能亢進症造影剤アレルギー．20代後半より尿管結石を繰り返す．2000年より結石自排後に血尿を自覚するようになった．2002年左尿管結石に対して ESWL を施行された．2003，2004年に結石自排後に血塊による尿閉が出現した．何れも保存的に軽快した．2006年 1 月結石自排後に凝血塊による尿閉が出現したために入院となった．血尿が軽快せず貧血が出現したために左選択的腎動脈造影を施行した．Cirroid type の動静脈瘻を確認した．Steel coil による塞栓を行った．血尿は消失した．発熱，背部痛，LDH の上昇を認めず経過，以後血尿を認めていない．

**自然破裂を契機に診断された絨毛癌副腎転移の 1 例：**星山文明，熊本廣実，谷 満，上甲政徳，林 美樹（多根総合），藤本清秀，平尾佳彦（奈良医大） 20歳，女性．3 年前に第 1 子出産（正常分娩）2005年10月18日，右上腹部・腰背部痛を主訴に受診．単純 CT にて後腹膜出血を疑い，ダイナミック CT にて右副腎破裂による後腹膜血腫，悪性腫瘍多臓器転移と診断．なお，受診直後より出血性ショックを呈し，緊急に経腹的後腹膜血腫除去・右副腎・腎摘出術施行．術前採血にて  $\beta$ HCG の上昇および病理組織検査（HCG 染色）にて HCG 陽性の合胞性栄養膜細胞を認め，以上より絨毛癌の副腎転移と診断．術後早期より肺転移巣の悪化を認め婦人科にて全身化学療法を施行し寛解を得た．絨毛癌は非常に稀な疾患で，副腎破裂を契機に発見された症例は文献の上，過去に報告されていなかった．

**体外腎血管再建および自家腎移植術を施行した右腎動脈瘤の 1 例：**倉本朋未，高田有見子，吉川和朗，南方良仁，西畑雅也，相本康夫，上門康成，新家俊明（和歌山医大） 42歳，女性．胸痛精査目的に近医受診．CT で右腎動脈瘤を疑われ当科紹介初診．3D-CT で，右腎動脈起始部より 3.5 cm 末梢側に直径 2.5 cm の不完全石灰化を伴う腎動脈瘤を認めた．体外腎血管再建術・自家腎移植術施行．経腹膜のアプローチで動脈瘤を含め，右腎を一塊に摘出．摘出腎を灌流冷却し，拡大鏡下に動脈瘤の中核部および末梢側で腎動脈本幹を切断後，端々吻合し，右腸骨窩に型のごとく自家腎移植を行った．術後 3 カ月後の腎ドップラーエコー，レノグラムで右腎機能は良好であった．腎動脈瘤の natural history は不明であり，発生部位，形態，患者の状態を考慮し，最適な治療法を選択する必要がある．

**心不全を契機に発見された巨大腎動静脈瘻の 1 例：**永原 啓，木内寛，中山雅志，市丸直嗣，西村和郎，野々村祝夫，奥山明彦（大阪大），牧野信彦，坂田泰史，坂田泰彦，堀 正二（同循環器内科）

58歳，女性．7 年前より労作時呼吸困難を認めていた．当院循環器内科で高拍出性心不全と診断．精査で左腎動静脈瘻を指摘され当科紹介．腹部 CT，血管造影では左腎前面に長径 11 cm の巨大腎動静脈瘻を認めた．動静脈瘻は腎実質を介さず，流入・流出血管が拡大していたため，肺梗塞の危険性を考え塞栓術は施行せず，開腹手術を施行．動静脈瘻と腎静脈に複数箇所交通を認めたため，血管結紮は断念し左腎摘除術を施行．病理組織検査結果では動静脈瘻は動脈瘤類似構造で特発性腎動静脈瘻と診断した．術後心不全症状は著明に改善した．本症例の発生要因として腎動脈瘤の静脈への浸潤，先天性の腎動静脈交通などが考えられた．

**尿路外溢流により局所再発をきたしたと考えられる尿管癌の 1 例：**河原貴史，西山博之，植垣正幸，岡所広祐，佐野剛視，増井仁彦，根来宏光，宗田 武，神波大己，吉村耕治，高橋 毅，中村英二郎，伊藤哲之，賀本敏行，小川 修（京都大） 50歳代，男性．2003年12月右側腹部痛を主訴に当科受診．CT・DIP にて尿路外溢流と中部尿管に尿管を閉塞する腫瘍性病変を認め，自然尿路外溢流を伴う尿管腫瘍 cT1N0M0 と診断し2005年 1 月右腎尿管全摘除術を施行（Urothelial carcinoma pT1pN0 grade2）．2006年 1 月より右側腹部痛出現，腹部 CT にて下大静脈外側に石灰化を伴う軟部腫瘤を認め局所再発と診断し，MEC 療法を行い，腫瘍は縮小し疼痛も軽減した．尿の溢流により腫瘍細胞が播種し局所再発を来したと考えられた．

**後腹膜 Granulosa cell tumor の 1 例：**森 康範，林 泰司，辻秀憲，松本成史，田中基幹，石井徳味，植村天受（近畿大） 症例は58歳，女性．腹痛を主訴に当院内科受診．腹部 CT などにて直径約 10 cm 大の後腹膜腫瘍を認め，2005年12月14日紹介受診となる．画像にて神経原性腫瘍，肉腫などを考え精査加療目的にて2006年 1 月13日入院．同年 1 月18日後腹膜腫瘍摘出術施行．病理組織診断は granulosa cell tumor, adult type であった．27年前の左卵巢腫瘍の病理組織が同様であることより左卵巢摘出術27年後の granulosa cell tumor の後腹膜腔内再発と診断した．術後の PET-CT にて残存腫瘍認めたため，パクリタキセル＋カルボプラチン療法施行し，4 クール施行後腫瘍の消退を認めた．Granulosa cell tumor は卵巢腫瘍の中では稀な腫瘍であるが，再発までの期間が長いことより自験例のように既往歴があれば後腹膜腫瘍の鑑別診断の 1 つとして挙げるべきであると考えた．

**骨転移巣生検によって病理診断が得られた前立腺癌の 1 例：**上田康生，橋本貴彦，三井要造，樋口喜英，丸山琢雄，近藤宣幸，野島道生，山本新吾，島 博基（兵庫医大），新長真由美，廣田誠一（同病院病理） 80歳，男性，主訴は無症候性肉眼的血尿．精査にて抗凝固剤による血尿と診断した．入院時血清 PSA が 69.1 ng/ml と高値であったが，直腸診および MRI では前立腺癌を示唆する所見なし．退院後血清 PSA が 85.9 ng/ml と上昇したため，前立腺生検を施行するも悪性所見は認めず．その後も PSA は 259 ng/ml と上昇し，同時に測定した血清 CEA，CA19-9 も高値を示した．さらに骨シンチでは EOD3 の多発骨転移が示唆された．前立腺生検を再度施行するも悪性所見は認めず，その後施行した骨生検にて前立腺癌と診断した．MAB 療法にて血清 PSA は低下せず化学療法を考慮したが，確定診断後55日目に誤嚥性肺炎にて永眠した．前立腺生検にて診断が得られず転移巣生検にて確定診断を得た報告例は本邦 3 例目であった．CEA・CA19-9 高値前立腺癌はホルモン感受性が悪く，予後不良因子と考えられた．

**前立腺癌内分泌療法中，PSA の上昇を伴わない多発性転移で死亡した 1 例：**山本奈恵，木下秀文，井上貴昭，川喜多繁誠，大口尚基，六車光英，河 源，松田公志（関西医大），坂口雄沢，足立 靖（同第一病理学講座），坂井田紀子，植村芳子（同病理） 76歳，男性．2002年 7 月頻尿，排尿困難のため当科初診．PSA 65 ng/ml にて前立腺生検施行．GS4+5，T3cN1M0 で MAB 療法を開始した．PSA 0.004 ng/ml となったが，その後徐々に PSA 上昇．AAWS 認めなかった．転移認めず，局所再燃と考え放射線療法施行した．PSA 低下するも，2005年 8 月腰背部痛出現し緊急入院となった．MRI 上多発骨転移指摘，PSA 0.008 ng/ml であった．骨生検にて小細胞癌であった．化学療法考慮するも全身状態悪化し2005年12月死亡した．剖検にて多臓器転移認めた．いずれも小細胞癌であり，臨床経過から本症例は前立腺癌が脱分化し前立腺小細胞癌（WHO 分類）となったも



のと考えられた。本症例について若干の文献的考察を加えて発表する。

**無形成腎および同側尿管異所開口を伴った前立腺癌の1例：**中井 靖，田中雅博，吉川元清，山田 篤，鳥本一匡，田中宣道，平山曉秀，藤本清秀，平尾佳彦（奈良医大），丸上永晃，廣橋伸治（同放射線），明山達哉，吉川元祥（岡波総合） 62歳，男性。健診でPSA 高値（6.1 ng/ml）を指摘され，他院で前立腺生検施行。生検2日後に発熱と会陰部から左下腹部にかけて放散痛を訴え，急性前立腺炎と診断され，抗生剤にて軽快した。生検時のエコー所見で，前立腺近傍に嚢胞性腫瘍を認め，嚢胞性前立腺癌が疑われて当院受診。MRI T1 強調像で，前立腺左側に嚢胞性腫瘍を認め，頭側では尿管の走行を呈し盲端に終わり腎は同定できなかった。術前に無形成腎と同側尿管が精嚢に異所開口した前立腺癌と診断し，根治術を施行した。本症例のように無症状に経過した先天性疾患が，感染を契機として発見される頻度が増加すると考えられ，前立腺近傍に嚢胞様腫瘍を認めた症例では，本疾患も念頭に入れて治療にあたる必要がある。

**亀頭に Paget 現象を呈した前立腺導管癌の1例：**鈴木 透，東郷 容和，安田和生，山本裕信，古倉浩次（宝塚市立） 症例は75歳，男性。6カ月前から亀頭に無症状の紅斑が持続するため受診となる。4年前に膀胱癌で根治的膀胱全摘除術の既往がある。その際の前立腺摘出標本から両側の辺縁域に偶発癌を認めた。紅斑部の生検にて表皮内に Paget 細胞を認め，乳房外 Paget 病の診断のもと陰茎全摘除術を施行した。病理組織学的所見では Paget 細胞が尿道舟状窩まで連続して存在し，さらにその下床には尿道切除断端まで連続して導管癌を認めた。免疫組織化学染色では Paget 細胞がサイトケラチン20に陽性を示したことから Paget 現象と診断された。以前の前立腺摘出標本を見直すと，辺縁域の腺房型腺癌とともに前立腺にも導管癌を認めた。以上より，前立腺導管癌が尿道粘膜下を進展し亀頭に Paget 現象を呈したものと診断された。

**$\beta$ HCG が低値陽性を示し，精巣腫瘍再発が疑われた炎症性偽腫瘍の1例：**熊野晶文，中野雄造，田中一志，武中 篤，原 勲，藤澤正人（神戸大），山田裕二（県立尼崎），松井 隆（高砂市民） 42歳，男性。2003年12月5日右精巣腫瘍の診断にて右高位精巣摘除術施行した。傍大動脈リンパ節転移（ $\phi 30 \times 20$  mm）を認め，Seminoma, stage IIA と診断し，2004年1月放射線療法施行した。画像上 CR となり以後外来経過観察中であったが，2005年7月  $\beta$ HCG 0.3 ng/ml と上昇認め，また CT にて右鼠径部に  $\phi 32 \times 20$  mm の腫瘍性病変を認めたため精巣腫瘍再発を疑われ，当科入院となり，同年11月17日右鼠径部腫瘍摘除術を施行した。摘出標本の病理組織像では，主に線維化を認め，線維組織内にリンパ球，組織球などの炎症細胞浸潤が認められ，悪性所見を認めず，炎症性偽腫瘍と診断した。現在， $\beta$ HCG は低値変動を示すのみで，上昇傾向は認めず，再発を示唆する所見も認めていない。

**外傷を契機に発症した多房性精液瘤の1例：**西川全海，牛田 博，影山 進，岩城秀出，上仁数義，成田充弘，岡本圭生，吉貴達寛，岡田裕作（滋賀医大） 43歳，男性。2003年10月子供とキャッチボール中にボールが陰嚢に当たり，その直後に陰嚢内容の腫大を認める。放置するも軽快せず，増大傾向を認めたため，近医を受診後，2006年3月当科紹介受診。手術的に入院となる。術中所見から精液瘤と診断し，同根治術を施行し，原因は外傷による精巣上体の断裂や閉塞と考えられた。精液瘤の発生についての詳細はまだ不明であり，外傷や炎症との関連が以前から指摘されてはいるものの，われわれが検索した限りでは外傷が既往にある症例報告はきわめて少なかった。自験例により，外傷が直接の原因となる可能性が示唆された。

**腎盂小細胞癌の1例：**楠田雄司，磯谷周治，岡本雅之，小川隆義（姫路赤十字），龍見 明，龍見 昇（龍見泌尿器科） 65歳，男性。2005年9月，右背部痛，肉眼的血尿を主訴に受診。逆行性腎盂造影，CT にて右腎盂に5 cm 大の腫瘍陰影を認めた。画像上はかに転移を認めず，腎盂腫瘍 T3N0M0 と診断し，右腎尿管全摘術を施行した。肉眼的には腫瘍は腎盂粘膜から発生し腎実質へ浸潤していた。病理組織診の結果，Small cell carcinoma, G3, INF $\gamma$ , pT3, ly1, v1, ew0 と診断された。組織には G3 の移行上皮癌も随伴していた。また腎門部リンパ節の6カ所中1カ所に転移を認め，pN1 と診断された。術

後化学療法として，肺小細胞癌に準じて EP 療法（VP-16, CDDP）を2クール施行した。術後8カ月の現在，再発の徴候を認めていない。腎に発生した小細胞癌としては，本邦12例目と思われた。

**気腫性腎盂腎炎の2例：**加藤大悟，真殿佳吾，斉藤 純，矢澤浩治，細見昌弘，佐川史郎，伊藤喜一郎（大阪府立医療セ），田中雅登（日生），角田洋一（市立池田） 症例1は71歳，女性。主訴は嘔吐，右腰背部痛。既往歴は，56歳で右腎結石，61歳より糖尿病，高血圧を指摘されていた。嘔吐，右腰背部痛悪化し，全身倦怠感悪化のため近医に入院し，腹部CTにて右気腫性腎盂腎炎の診断で当科緊急転院。腹部CTで右腎内に限局する気腫像および腎実質の著名な破壊像を認め，経皮的ドレナージを施行。全身状態安定後，感染巣除去のため右腎摘除術施行した。症例2は56歳，女性。主訴は発熱，血尿，左腰背部痛。既往歴は，37歳で気管支喘息，49歳より糖尿病を指摘されていた。上記主訴に加え，来院時，意識混濁あり，緊急入院。腹部CTで左腎盂尿管に限局したガス像を認め，左腎に SJ カテーテルを挿入。保存的に治療しえた。本2症例を気腫性腎盂腎炎に対する Huang らの分類と合わせて報告する。

**短期間に急速に増大した尿管癌肉腫の1例：**源吉顕治，伊藤 登，阪本祐一（社保神戸中央），三宅敏彦（同病理） 93歳，男性。右尿管口からポリープ様に突出した腫瘍を可及的に経尿道的切除した。病理組織は出血と壊死が大部分であった。5カ月後に下腹部痛を主訴に受診。MRI で膀胱内に充滿した充実性の腫瘍を認めた。右尿管膀胱部分切除術を行った。摘除標本は右尿管口より有茎性に発育した，重さ650 g，径17 $\times$ 13 $\times$ 12 cm の表面平滑な卵型の腫瘍であった。病理組織は紡錘形の細胞が肉腫様に増生した部分と尿路上皮癌成分が共存しており，尿管癌肉腫と診断された。免疫染色では肉腫成分も部分的に上皮性マーカーに陽性を示した。

**残存尿管に発生した原発性尿管腫瘍の1例：**内本晋也，瀬川直樹，濱田修史，高原 健，古武彌嗣，能見勇人，東 治人，上田陽彦，勝岡洋治（大阪医科大），辻 求（同病理） 79歳，男性。52年前に左腎結核に対し左腎摘除を施行されている。無症候性肉眼的血尿が出現し2005年6月に当科を受診。当初は顕微鏡的血尿を認めるのみで経過観察していたが，8月22日膀胱鏡検査にて左尿管口より突出する腫瘍を認めた。9月13日 TURBT を行ったところ，切除にて腫瘍は上方へ連続しており，残存尿管腫瘍が疑われた。CT, MRI にて残存尿管内に造影される腫瘍陰影を認めた。原発性残存尿管腫瘍と診断し，10月28日残存尿管摘出術および膀胱部分切除術を施行した。中部尿管と尿管口断端に乳頭状広基性の腫瘍が存在しており，病期は移行上皮癌，G2>G3, pT2b であった。自験例は本邦21例目の報告例と思われる。

**エコーガイド下で内視鏡的に治療した尿道破裂の1例：**辻本裕一，波多野浩士，佐藤元孝，高田 剛，本多正人，松宮清美，藤岡秀樹（大阪警察），室崎伸和，妹尾博行（北大阪警察） 63歳，男性。2005年12月21日騎乗型打撲による尿閉と外尿道口からの出血にて受診。球部尿道に約1 cm の断裂あり。膀胱瘻を造設後二期的にエコーガイド下で2006年1月30日内視鏡的尿道形成術を施行した。また術後の再狭窄に対して3月22日，5月8日の2回経尿道的瘢痕切除術を施行した。術後の MCU では狭窄を認めず，自排尿可能である。近年，内視鏡器具の進歩に伴って尿道損傷に対して開放術より容易で，低侵襲で，再手術可能な内視鏡的尿道形成術が行われている。エコーガイドの有用性は断裂部遠位端と近位端の内視鏡を同一平面に映し出し，ガイドワイヤーを正確に挿入でき，直腸損傷や偽尿道の危険なく，正確な尿道再建が可能なことである。

**フルニエ壊疽を発症後，尿道会陰瘻を形成した浸潤性尿道癌の1例：**松村永秀，柏木 学，森 喬史，射場昭典，稲垣 武，萩野恵三，上門康成，新家俊明（和歌山医大） 62歳，男性。既往歴は尿道狭窄，近医で尿道ブジー施行歴あり。2005年5月，意識レベル低下を主訴に当院救急搬送。陰嚢部，左側会陰部の壊疽性変化は強く，下腹部全体に握雪感を伴う皮膚発赤を認めた。フルニエ壊疽の診断下同日入院。緊急切開排膿術，膀胱瘻造設術，人工肛門造設術施行。経過中，尿道造影検査にて球部尿道での尿道会陰瘻が判明。フルニエ発症から7カ月後，左側臀部にしこりを自覚。腎部腫瘍生検と球部膜様部尿道生検で扁平上皮癌を検出，原発性浸潤性尿道癌と診断。2006年2月，



全除精術，膀胱全摘除術，腎部腫瘍摘除術，骨盤内リンパ節郭清術，鼠径リンパ節郭清術，薄筋皮弁術を施行．病理組織診断は高分化型扁平上皮癌であった．フルニエ壊疽を契機に診断された尿道癌は自験例が本邦 1 例目であった．

**長期留置型尿道ステントによる膀胱結石と急性腎不全が合併した 1 例：相原衣江，星山文明，堀川直樹（大阪回生）** 79歳，男性．2004 年 2 月他院にて長期留置型尿道ステントを留置され，2005 年 7 月頃から排尿困難を自覚するも放置していた．2005 年 12 月突然の症状増悪を感じ近医受診．画像所見と血液検査より腎後性腎不全疑いにて当院紹介となる．腹部 CT にて右水腎症と右尿管結石，左萎縮腎と左尿管結石，さらに膀胱結石を指摘されていたが，当院受診時には，右尿管結石の移動にて右水腎症は改善されていた．膀胱結石は膀胱内に一部脱出したステントを核に形成されており，経尿道式結石砕石術とステント抜去術施行後，TUR-P にて排尿可能となった．排尿困難を契機に上部尿路結石による腎後性腎不全とステントを核とした下部尿路結石の併発が確認された．尿道ステントの適応となる症例は ADL の低下している場合が多く，ステントの適応と合併症の予防について考察した．

**膀胱全摘除術，回腸導管造設術施行後 32 年目に発生した後腹膜炎症性偽腫瘍の 1 例：中山治郎，芝 政宏，井上 均，辻畑正雄，野々村祝夫，奥山明彦（大阪大），富田裕彦（同病理病態）** 67歳，男性．1973 年，膀胱腫瘍に対して膀胱全摘除術，回腸導管造設術施行．病理組織は不明．2005 年 7 月の follow up CT で回腸導管-右尿管吻合部の腹頭側に長径 50 mm 大の腫瘍を認め，同年 10 月の CT で腫瘍の増大を認めたため，同年 10 月開腹生検術施行．病理所見は脂肪組織と膠原線維の増生に形質細胞，リンパ球の浸潤する炎症性病変で，腫瘍や結核の所見を認めなかった．術後経過観察していたところ，2006 年 3 月の CT で腫瘍は消退していた．いわゆる炎症性偽腫瘍は肺，肝での報告は多いが尿路では稀で，本邦報告例は膀胱で 53 例，上部尿路（腎盂，尿管周囲）では自験例を含めて 9 例であった．若干の文献的考察を含めて報告する．

**回腸導管に発生した腺癌の 1 例：桑原伸介，南 英利，上水流雅人，池本慎一（八尾市立）** 74歳，男性．膀胱癌のため 1989 年に膀胱全摘除術および回腸導管造設術を施行．その時の病理組織診断は TCC，G2，pT2b であった．その後明らかな再発を認めず外来にて経過観察中であったが，2005 年 4 月頃から肉眼的血尿が出現し貧血も進行したため 5 月 2 日に入院．腹部 CT・導管造影検査・内視鏡検査により回腸導管内に 3 cm 大の腫瘍を認めたため生検した結果 group 3（境界病変）であった．6 月 22 日に全身麻酔下に腫瘍を切除．病理組織診断は高分化腺癌であった．調べた限りでは回腸導管に発生した悪性腫瘍の報告例としては 7 例目であった．術後血尿は消失し，2006 年 6 月現在外来にて経過観察中である．

**回腸導管造設術後 18 年目に上行結腸が嵌頓壊死をきたした傍ストーマヘルニアの 1 例：吉田栄宏，氏家 剛，植村元秀，西村健作，三好 進（大阪労災），野呂浩史，根津理一郎（同外科）** 78歳，女性．1988 年，膀胱癌に対し膀胱全摘，回腸導管造設術施行．2006 年 3 月，腹痛および乏尿を主訴に来院．ストーマ周囲の膨隆，発赤，圧痛を認めた．腹部単純写真にて右横隔膜下にフリーエアを，腹部 CT にてストーマ周囲の皮下に拡張した腸管の脱出を認めた．傍ストーマヘルニア嵌頓，消化管穿孔と診断し，緊急手術を施行した．ヘルニア門はストーマの頭外側に存在し，上行結腸に壊死，穿孔を認めた．傍ストーマヘルニアは一般にヘルニア門が広い嵌頓することは稀である．傍ストーマヘルニア嵌頓で緊急手術を施行した報告は本邦では 9 例，そのうち回腸導管では 3 例のみであった．上行結腸がヘルニア内容であった報告は自験例のみであった．

**BCG 療法後 MRI が有用であった浸潤性膀胱癌の 1 例：河嶋厚成，山口唯一郎，小野 豊，垣本健一，目黒則男，木内利明，宇佐美道之（大阪成人病セ）** 70歳，女性．2005 年 2 月無症候性肉眼的血尿が出現し当科外来受診．膀胱腫瘍と診断し，TUR-BT を施行．UC，G3，pT1 および CIS を認めたため，BCG 膀胱内注入療法を施行した．3 カ月に再発を認めたが，UC，G2，pTa であり，CIS は消失していた．その後の尿細胞診にて陰性化を認めたが半年後に撮影した骨盤部 MRI にて粘膜下腫瘍を認め，TU-biopsy を施行．膀胱鏡にて肉眼上

小隆起を認めるのみであったが，組織結果は UC，G3，pT2 であり，後日膀胱全摘＋回腸導管造設術を施行した．リンパ節転移を認めたため，M-VAC 療法を施行し，現在外来経過観察中である．

**BCG 株変更により著効を得た再発性膀胱癌の 1 例：中西道政，松田久雄，加藤良成，井口正典（市立貝塚）** 48歳，男性．2004 年 7 月に無症候性血尿を認め，当科を受診．尿管鏡にて右尿管腫瘍を認め，同年 9 月右腎尿管全摘術を施行．術後 M-VAC 療法を 3 クール施行後，膀胱腫瘍を認め TUR-Bt を施行．病理学的所見は膀胱上皮内癌であり，BCG 東京株を計 6 回膀胱内注入するも NC であった．患者の膀胱温存希望が強いため，ピノルビン膀胱内注入を計 9 回施行するも NC であった．その後，BCG コンノート株が本邦で認可されたため膀胱内注入計 8 回施行する．尿細胞診，生検，MRI 上 CR となり，現在 24 カ月間癌なし生存中である．BCG 膀胱内注入療法が無効の膀胱 CIS に対して BCG 株を変更することにより効果が得られる可能性が示唆された．

**膀胱小細胞癌の 1 例：守屋賢治，米田幸生（大阪鉄道），小早川 等（山口クリニック），木下義久，飯盛宏記（浅香山），河合誠朗（明治橋）** 82歳，男性．主訴は肉眼的血尿．膀胱鏡，骨盤 MRI より浸潤性乳頭状広基性腫瘍と診断．TUR-biopsy 後，腫瘍が単発であることと高齢を考慮し，膀胱部分切除術を施行．最終の病理診断は膀胱小細胞癌であった．化学療法を考慮したが実施できず，術後 3 カ月で局所再発．総腸骨および外腸骨リンパ節転移をきたし，放射線療法を施行したが術後 7 カ月にて死亡した．

**膀胱原発小細胞癌の 2 例：奥田康登，森本康裕，梶川博司（泉大津市立）** 症例 1 は 76 歳，女性．主訴は肉眼的血尿．膀胱鏡にて，右側壁に 4 cm 大の非乳頭状腫瘍を認め，同部の生検で小細胞癌の組織学的診断を得た．画像診断上 T3N0M0 と診断．2005 年 11 月 26 日～12 月 29 日にかけて小骨盤腔内に total 48.6 Gy の放射線療法を施行．腫瘍は一度消失したが，再発したため，2006 年 5 月 17 日，CDDP 動注療法施行し，奏効した．症例 2 は 79 歳，男性．主訴は肉眼的血尿．膀胱鏡にて，右側後壁に 3 cm 大の非乳頭状腫瘍を認め，また画像検査上，右尿管腫瘍を認めた．膀胱腫瘍の生検では小細胞癌との組織学的所見であった．2006 年 2 月 6 日，右腎尿管膀胱全摘除術および左尿管皮膚瘻造設術施行．摘出標本の組織学的診断は小細胞癌と移行上皮癌の混在型で，右総腸骨リンパ節転移陽性であったため，pT3bN1M0 と診断．その後，多発性肝転移を認め，術後 3 カ月で死亡した．

**TGN 療法が奏効した膀胱癌皮膚転移の 1 例：鳥山清二郎，中村晃和，間山太輔，三神一哉，水谷陽一，河内明宏，三木恒治（京府医大）** 57歳，男性．肉眼的血尿を主訴に近医受診．膀胱腫瘍を指摘され，当科紹介．膀胱癌 T3bN0M0 と診断した．組織診断目的に cold punch biopsy 施行．Urothelial carcinoma G2 であった．Neoadjuvant 療法として MVAC 療法を 2 コース施行後，膀胱全摘除術＋回腸新膀胱造設術施行．右腸骨リンパ節に転移を認め，urothelial carcinoma，G2，INF $\gamma$ ，pT3，pN2 と診断された．術後 adjuvant 療法として MVAC 療法を 2 コース施行．手術 7 カ月後に右頸部の皮膚に腫瘍を認め，生検にて膀胱癌の皮膚転移と診断された．他の部位の再発，転移は認めなかった．治療として Paclitaxel＋Nedaplatin 療法（TN 療法）を 2 コース施行．評価は NC であったため，さらに Gemcitabine を加えた TGN 療法を 2 コース施行．頸部 CT 上，腫瘍の消失を認めた．現在，CR になってから 6 カ月経過したが，再発は認めず経過良好である．

**膀胱粘液線維肉腫の 1 例：福井真二，細川幸成，松下千枝，小野隆征，大山信雄，百瀬 均（星ヶ丘厚生年金），丸山博司（同病理）** 症例は 62 歳，女性．無症候性肉眼的血尿を自覚し 2006 年 6 月 7 日当科受診．膀胱鏡を施行したところ膀胱右壁に直径 5 cm 大の腫瘍を認めた．翌日血尿による膀胱タンポナーデ状態となったため緊急入院．血液検査では貧血が認められた．尿細胞診は陰性．病理診断目的に TUR-BT を施行したところ浸潤性の肉腫であったため，膀胱全摘除術＋回腸導管造設術を施行．病理組織診断は粘液線維肉腫であった．退院後，CT などで経過観察していたが，術後 5 カ月の腹部 CT で腹腔内に 10 cm 大の腫瘍が認められ局所再発と考えられた．全身状態も徐々に悪化し術後 9 カ月で死亡した．

**膀胱 sarcomatoid carcinoma の 1 例：**川村憲彦，角田洋一，福原慎一郎，今津哲央，原 恒男，山口誓司（市立池田），足立史朗（同病理） 77歳，男性．膀胱移行上皮癌術後の経過観察中に，前立腺部尿道より三角部・後壁にかけての膀胱腫瘍の再発を認め，2005年11月TUR-Bt 施行．組織診断は sarcomatoid carcinoma であった．同年12月膀胱全摘除術・右尿管皮膚瘻造設術施行．腫瘍は前壁を除く膀胱のほぼ全域に認められ，組織診断は同じく sarcomatoid carcinoma で，pT4a，pN2，M0，stage IV と診断された．2006年1月より多発性肺転移が出現し，また間質性肺炎も合併した．間質性肺炎はステロイド療法にて軽快したもの，肺転移が急速に増加・増大し，術後2カ月で癌死した．本疾患は化学療法・放射線療法などの評価も定まっておらず，TUR・膀胱全摘除術など外科的に切除されることが多いが，その予後はきわめて悪く，有効な治療法はいまだ確立されていない．

**乳癌膀胱転移の 1 例：**山本 豊，橋本 潔，江左篤宣（NTT 大阪） 58歳，女性．2000年，左乳癌に対し非定型的乳房切除術を施行．2005年10月より腰背部痛出現．腹部エコーにて両側水腎症を認め，精査加療目的にて当科紹介受診．腹部造影CT では，腹部大動脈および腸骨動静脈周囲に多数のリンパ節腫大を認め，また両側腎盂から尿管上部にかけて拡張を認め，膀胱壁もほぼ全周性に著明に肥厚していた．診断確定目的にて，経尿道的膀胱腫瘍生検を施行した．HE染色では，比較的小型で均一な細胞のびまん性増殖を認め，腫瘍の一部は胞巣形成性，腺管形成性であることから，低分化腺癌と診断．免疫組織染色法では ER 陽性，PgR 陽性であった．以上より前回の乳癌の組織像と著明に類似しており，乳癌の転移と診断した．乳癌術後再発による後腹膜転移の報告は少なくわれわれが調べた限り，本邦報告例は10例であった．

**間質性膀胱炎に対して膀胱水圧拡張時生検にて CIS が認められた 1 例：**岡村基弘，中川雅之，吉田浩士，田上英毅，上田朋宏（京都市立） 60歳，男性．慢性前立腺炎の経過観察中に蓄尿時膀胱痛を認め，間質性膀胱炎治療目的で紹介受診．膀胱水圧拡張の際に粘膜生検を行ったところ，潰瘍部から CIS が認められたため，BCG膀胱内注入療法開始．2回目の水圧拡張時の膀胱粘膜生検で CIS は消失したが，尿細胞診 class V であったため，BCG 膀胱内注入療法を継続し計3回施行した．4回の水圧拡張によって当初認められた潰瘍は消失，粘膜生検で no malignancy であった．計4回の水圧拡張術および3クール（計18回）の BCG 膀胱内注入療法により1回排尿量は平均80 ml から170 ml まで増加を示した．以上により，CIS ならびに間質性膀胱炎に対する BCG 膀胱内注入療法の効果が示唆された．

**クローン病による直腸膀胱瘻の 1 例：**野村広徳，北本興市郎，二宮典子，仁田有次郎，細野智子，長沼俊秀，内田潤次，杉村一誠，仲谷達也（大阪市大） 33歳，男性．19歳頃下痢，嘔吐あり，近医にてクローン病と診断され，内服加療されていた．2004年末頃に気尿を認め，注腸造影施行され，S 状結腸膀胱瘻を疑われたため当院紹介となった．注腸造影，膀胱造影にては明らかな腸管膀胱瘻は指摘できなかったが，膀胱鏡では左後壁に二箇所瘻孔と思われる穴を認めた．S 状結腸膀胱瘻疑いにて，2005年1月に結腸全摘除術，小腸部分切除術，瘻孔切除術施行され，術中所見にて直腸膀胱瘻と判明した．今回われわれの調べた限りクローン病による直腸膀胱瘻としては自験例は20例目にあたる．今回われわれはクローン病による直腸膀胱瘻の1例を経験したので若干の文献的考察を加え報告した．

**MOF を併発した前立腺膿瘍，精巣上体膿瘍，精巣膿瘍の 1 例：**福本 亮，寺川智章，常森寛行，田口 功，今西 治，山中 望（神戸） 71歳，男性．1カ月前，外傷による陰囊痛を主訴に当院救急外来受診．検尿で膿尿が認められ，泌尿器受診を勧められるも放置．2週間前より右陰囊腫脹，1週間前からの無尿，食欲不振を主訴に当科受診．MOF を併発した前立腺膿瘍，精巣上体膿瘍，精巣膿瘍であった．診断には超音波，CT，MRI などの画像診断が有効だった．抗菌化学療法や CHDF などの集学的治療，経直腸的切開排膿，陰嚢内容摘出術にて治癒しえた．

**精索脂肪肉腫の 1 例：**斉藤 純，矢澤浩治，真殿佳吾，加藤大悟，細見昌弘，佐川史郎，伊藤喜一郎（大阪府立医療セ），伏見博彰（同病理），角田洋一（市立池田） 70歳，男性．2005年11月頃より右鼠径部の腫瘍を自覚していたが放置していた．その後，徐々に増大傾向

を認め，2006年1月11日当科を受診し，エコーおよびCTにて右精索腫瘍が疑われ，2006年2月14日，右高位精巣摘除術を施行した．腫瘍は精索と一塊となっており，断面は7×6 cm 大で淡黄色，充実性であり，一部分葉状を呈していた．病理所見では，大小不同の異型のある脂肪細胞の増殖を認め，精索原発の高分化型脂肪肉腫と診断した．術後，局所再発予防のため計50 Gy の放射線療法を施行した．術後4カ月目の現在，腫瘍の再発を認めていない．

**精索脂肪肉腫の 2 例：**角田洋一，川村憲彦，福原慎一郎，今津哲央，原 恒男，山口誓司（市立池田），足立史郎（同病理） 症例1は69歳，男性．3年前より左鼠径部の腫脹を自覚していたが放置していた．2002年6月に増大傾向を認め当科受診．MRI では左鼠径部より左精索に沿って陰嚢に到る脂肪成分に富んだ腫瘍を認めた．同年7月4日腫瘍摘除術施行．腫瘍は外鼠径輪より骨盤内にまで到っており，左精巣・精索を含めて一塊として摘除した．摘除重量650 g．病理診断は高分化型脂肪肉腫で，一部に脱分化型脂肪肉腫が認められた．断端陽性であったため，同年7月17日に追加切除を行い残存腫瘍をすべて摘除しえた．術後3年11カ月経過した現在再発は認められていない．症例2は63歳，男性．2004年3月に排尿困難を主訴に当科受診した際に左精索腫瘍を指摘．同年3月17日に左高位精巣摘除術施行．病理診断は高分化型脂肪肉腫であった．術後2年3カ月経過した現在再発は認められていない．精索脂肪肉腫は自験例を含めて本邦では84例報告されていた．

**精索結核の 1 例：**西川信之，長船 崇，金 哲将（公立甲賀），齊藤亮一（倉敷中央） 57歳，男性．右陰嚢上部腫瘍を自覚し受診．血液，画像所見上明らかな悪性所見を認めなかったが，1カ月で急速増大を認めたため右高位精巣摘除術施行．乾酪壊死，ラングハンス巨細胞を伴う精索結核の診断で抗結核療法を追加した．精索結核は肺の初期病変からの血行性転移性感染とされ，病態的には精索内の蔓状静脈における血栓性結核性静脈炎とされている．結核の既往，組織内の結核菌の証明された症例は少ないが，ツベルクリン反応は全例陽性であり，診断に有用とされている．治療は，WHO の勧告に則ったリファンピシン，イソニアジド，ピラジナマイドおよびエタンブトールまたはストレプトマイシンを用いた多剤併用短期間抗結核療法が有効とされている．

**精巣白膜に発生した平滑筋腫の 1 例：**相馬隆人，山下資樹，吉田徹，奥野 博（京都医療セ），寺島 剛，南口早智子（同病理） 27歳，男性．3年程前から左陰嚢内腫瘍に気づいていたが放置．最近になりサイズが増大したので，他院受診後に2005年9月12日当科初診．触診上，左精巣上方に弾性硬の腫瘍を触知した．採血ではLDH，HCG-β，AFP 正常範囲内でその他のアーカーも異常値は認めなかった．MRI，エコーで左精巣上方に周囲が血流豊富な径15×18 mm の腫瘍を認めた．画像上は悪性腫瘍も否定できず，2005年9月26日左高位精巣摘出術を施行した．病理組織学的検査の結果は，精巣白膜に発生した平滑筋腫であった．術後8カ月現在再発なく経過観察中である．

**陰嚢水腫により発見された胃癌の 1 例：**藤井秀岳，松原弘樹，宮下浩明（近江八幡市民），十亀義生（同消化器内科），細川洋平（同病理検査） 67歳，男性．2005年10月，右陰嚢腫大を主訴に当科受診．右陰嚢に透光性を認め，陰嚢水腫穿刺術施行した．穿刺液は約60 ml で淡黄色透明で，穿刺液細胞診はclass II であった．1週間で2回穿刺するも再発するため，根治的手術目的で入院となる．2005年11月1日，腰椎麻酔下に右鼠径部皮膚切開にて陰嚢水腫根治術（Bergmann 法）を施行した．肉眼的所見では精巣固有鞘膜の内部に淡黄色顆粒状の不規則隆起性病変を散在性に認めた．病理学的組織診断で，HE染色では小型異型腺管が不規則分布しており，免疫組織化学検査でCEA 染色は陽性であり，腺癌と診断された．術後，腹部造影CTと上部消化管内視鏡検査にて肝転移，リンパ節転移を伴う進行胃癌（Borrmann Ⅲ型）を認めた．

**前胸部皮下吊り上げ法による内視鏡下副甲状腺腺腫摘除術の経験：**徳地 弘，高尾典恭，七里泰正（大津市民） 41歳，女性．歩行時下肢痛，下腹部痛，両腎結石，血清Ca 14.6 mg/dl (9.0～11.0)，イオン化カルシウム 3.88 mEq/l (2.41～2.72)，intact-PTH 640 pg/ml (10～65) と高値を認め，頭蓋骨に骨打ち抜き像を認め，手指では中

節骨を中心に osteolytic lesion を認めた。骨密度は  $0.426 \text{ g/cm}^3$  と同世代の57%にまで低下していた。頸部エコー検査, CT, MRI, MIBI シンチで径  $20.8 \times 7.9 \times 7.5 \text{ mm}$  の左下副甲状腺腺腫と診断した。前胸部皮下を吊り上げ、胸骨縁下約5cmの前胸部3ポートから内視鏡下摘出術施行。手術時間167分、出血少量、術翌日には intact-PTH は  $10 \text{ pg/ml}$  と正常値に低下した。術後、炭酸カルシウム,  $1\alpha\text{-(OH) Vit D3}$  内服を要した。病理組織結果は、副甲状腺腺腫であった。

**血液浄化法を施行した尿路敗血症の5例：安藤 慎、金 啓盛、松原重治、中村一郎**（神戸西市民）、中島吉彦（同腎臓内科） 症例は16～73歳、男性1名、女性4名。全例腎盂腎炎による重症尿路敗血症で、敗血症性ショックを呈していた4例にはエンドトキシン吸着療法、急性腎不全を呈していた4例には持続血液透析（CHD）を施行し、全例軽快した。エンドトキシン吸着療法を施行した4例中3例で速やかに血圧の上昇がみられ、早期にショックからの離脱ができた。急性腎不全に対してはCHDを施行し（49～112時間）、腎機能の改善が得られた。エンドトキシン吸着療法が奏功する症例として、臓器不全に陥る前のショック早期とされているが自験例でもそのことが確認された。尿路敗血症に対しては基礎疾患の治療とともに、重症度に応じて早期にエンドトキシン吸着療法およびCHDを行うことで、病態の改善が期待できると考えられた。

**前立腺浸潤を認めた直腸癌の1例：澤田篤郎、後藤崇之、沖波武、柴崎 昇、石戸谷哲、奥村和弘**（天理よろづ） 64歳、男性。下血を主訴に外科受診。精査にて直腸癌を認め、CT, MRI にて前立腺浸潤が疑われたため当科紹介受診となった。浸潤部位が前立腺に限局していたため膀胱温存可能であると考え、Miles 手術および前立腺合併切除を行った。一般的に浸潤性直腸癌に対しては骨盤内臓全摘術が標準術式と言われているが、ダブルストマとなるなど患者のQOLは損なわれる。本症例のようにMiles 手術に前立腺全摘術を組み合わせることにより、癌の根治性とQOLの維持を両立することができると考えられた。

**当院における前立腺生検の臨床的検討：小林康浩、奥田喜啓**（市立加西） 当院における経直腸的超音波ガイド下前立腺生検について臨

床的検討を行った。対象は2003年1月から2005年12月までに施行した199例、患者数185人、平均70.4歳（49～88）、PSA 値  $1.97 \sim 21.25$ （中央値7.81） $\text{ng/ml}$ 、外来にてリドカインゼリーを肛門内に塗布し、系統的6カ所＋両側Tzの計8カ所の採取を基本とした。[結果] 全体の癌陽性率38.7%（77/199）、PSA 値別では、 $\sim 4 \text{ ng/ml}$  で7.1%（2/28）、4～10で20.7%（19/92）、10～20で53.8%（21/39）。Grey zone でのPSADは癌なし0.186、癌あり0.257、癌ありが有意に高かった。血尿54例、肛門出血11例、血圧低下2例などの合併症を65例（32.7%）に認めるも、入院処置は不要であった。

**1986年から2005年における関西医科大学付属香里病院の手術症例集計報告：矢西正明、駒井資弘、島田 治、川端和史、大口尚基、土井 浩、内田潤二、室田卓史、大原 孝**（関西医大香里） 2005年12月関西医科大学付属香里病院閉院にあたり、1986年から2005年までに施行した手術症例3,809例につき検討した。前立腺生検やESWLなどは今回の集計から除外した。年齢は0歳から100歳で平均は58歳であった。性別は男性2,992人、女性817人であった。内視鏡手術は1939例、開放手術は1,619例であった。悪性腫瘍の比率が増加傾向にあり、中でもTUR-BTや前立腺全摘除術が著しく増加した。1992年より内視鏡手術が総手術の50%を超え、2005年は60%となった。PNL、TULは一時期減少傾向であったが、1995年よりESWLを導入し、再び増加傾向を示した。2002年より腹腔鏡手術を導入し、29例施行した。

**PL 病院における上部尿路結石に対するESWLの治療経験：川村正喜、金丸知寛、松山昌秀、中村敬弘、鶴崎清之**（PL）、青山真人、井口太郎、内田潤次（大阪市大）、葉山琢磨（大阪市立総合医療セ）、阪倉民浩（北市民）、飯盛宏記（浅香山）、伊藤哲二（ベルランド） PL 病院では、Siemens 社 Lithostar Multiline を導入し、1997年6月より2006年4月までの8年11カ月の間に、のべ926回の上部尿路結石治療を施行した。男性621例、女性は305例。50歳代にピークがあり222例、20歳未満の若年者も10例経験した。部位ではU1が最多で404例、結石径は4mm以上10mmが最多で540例。D-Jカテーテルは18%の症例に留置した。Tx(0)において、0および1が86%と破砕良好であり、複数回のESWLの施行によりほぼ全例残石なしとなった。ただしTULに移行したものが33例あった。